**相談申込票（その他の安全対策に関する相談）**

宛先：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

　　　　　　　　　 □安全第一部 医療機器安全課

〔FAX: 03-3506-9543〕〔e-mail: anzen1-menkai@pmda.go.jp〕

　　　　　　　　　□安全第二部〔FAX: 03-3506-9441〕〔e-mail: anzen2-menkai@pmda.go.jp〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会　　社　　名 |  | 薬効分類番号等注3） |  |
| 販　　売　　名 |  | 担　当　者　名 |  |
| 一 般 的 名 称注1） |  | TEL |  |
| 承認・認証・届出番号注2） |  | FAX |  |
| 一　　般　　名注3） |  | e-mail |  |

注1）医療機器及び再生医療等製品の相談の場合、御記入ください。

注2）医療機器及び再生医療等製品の相談の場合、御記入ください（再生医療等製品の場合は承認番号）。

注3）医薬品の相談の場合、御記入ください（記入形式：薬効分類番号（3桁）＋薬効分類名）。

**＜相談内容＞**

|  |
| --- |
|  |

**＜希望事項＞**

|  |
| --- |
| **面会希望日（面会を希望する場合）**  第1希望：平成　　年　　月　　日　AM or PM  第2希望：平成　　年　　月　　日　AM or PM  第3希望：平成　　年　　月　　日　AM or PM |

**----　＜医薬品医療機器総合機構処理欄＞　　※以下の欄への記入は不要です。----**

**＜対応状況＞**

|  |
| --- |
| **1. 相談日**　　　　　対応者〔　　　　　　　　　　〕  ・対応部署〔□安全第一部 医療機器安全課　　□安全第二部〕  ・相談日〔平成　　年　　月　　日　　時　　分〕  ・相談方法〔□面会　　□電話　　□その他（　　　　　）〕  **2. 相談結果等**  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |